

☐ P.O. G. Rodolico

☐ P.O. San Marco

VALUTAZIONE DELL'APPLICAZIONE DELLE MISURE STRAORDINARIE PER MICRORGANISMI MULTIRESISTENTI

U.O. _____

DATI PAZIENTE

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA ____/____/____ STANZA/LETTO N° _____ INGRESSO IN U.O. IL ____/____/____

SCREENING MICROBIOLOGICO* SÌ SI INDICARE LA DATA DI ESECUZIONE ____/____/____ NO ☐

POSITIVITÀ PER _____ CAMPIONE N. _____ Data ingresso in Lab. ____/____/____

ISOLAMENTO ATTIVATOSI NO ☐ ☐ IN DATA ____/____/____

ESEGUITO TAMPONE DI SORVEGLIANZA IN INGRESSO U.O. SÌ ☐ NO ☐ DATA ____/____/____

ESEGUITO TAMPONE DI SORVEGLIANZA A DISTANZA DI 7 GG. DAL PRIMO SÌ ☐ NO ☐ DATA ____/____/____

COMUNICATA 1° POSITIVITÀ IN DATA ____/____/____

RILEVAZIONE QUOTIDIANA	Data	Data	Data	Data	Data	Data	Data
Presenza di guanti, gel idroalcolico e altri DPI all'ingresso della stanza d'isolamento (o spazio assegnato all'isolamento)	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO
Presenza di sapone detergente o soluzione alcolica per l'igiene delle mani	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO
Rispetto della presenza di fogli illustrativi della procedura aziendale sull'igiene delle mani	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO
Attuazione delle precauzioni standard	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO
Attuazione delle precauzioni da contatto/via aerea	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO
Utilizzo di presidi personalizzati	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO
Effettuazione lavaggio e disinfezione (come da procedura Aziendale in atto) dei presidi riutilizzabili	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO
Effettuazione pulizia e sanificazione ambientale supplementare dopo ogni manovra a rischio di contaminazione ambientale	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO	☐ SÌ ☐ NO
FIRMA OPERATORE SANITARIO							

* Per i pazienti ricoverati in TI, per i pazienti con fattori di rischio di colonizzazione/infezione da microrganismi multiresistenti e per quelli immunodepressi entro 48 ore dal ricovero e per quelli candidati ad intervento chirurgico con assistenza internistica post-operatoria

INTERRUZIONE ISOLAMENTO SÌ ☐ NO ☐ DATA ____/____/____

Firma coordinatore infermieristico